

ALPPS による多段階肝切除が有用であった 転移性直腸カルチノイドの一例

大分赤十字病院 外科

○福澤 謙吾、寺師 貴啓、賀茂 圭介、白坂 美哲、増田 崇、
田川 哲三、岩城 堅太郎、岡本 正博、白水 章夫、本廣 昭、
若杉 健三

神経内分泌腫瘍の肝転移に対する外科手術は有用であるが多発肝転移症例に対しての R0 手術は必ずしも容易ではない。今回我々は多発（最終病理組織診断にて 57 個）の同時性肝転移症例に対し Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy (ALPPS) を用いた多段階切除により根治切除し得た直腸カルチノイドの症例を経験したので報告する。

【症例】64 才、女性。検診 US にて高エコー肝腫瘍を指摘されるも放置。1 年後の検診にて肝腫瘍の数、サイズの増加増大を指摘され精査目的で紹介。CT: 肝両葉に 3～34mm 大の多発肝腫瘍と直腸間膜に腫大リンパ節を認めた。消化管精査にて直腸 Rb に 15mm 大の粘膜下腫瘍（生検にてカルチノイド）を認め、所属リンパ節転移および多発肝転移を伴った直腸カルチノイドと診断した。

【治療方針】画像上は肝右葉に 25 個以上、左葉に 15 個の肝転移、直腸間膜内に複数個のリンパ節転移を伴っており、一次的肝切除は予測肝容積が過小であること、通常の門脈塞栓術では肥大率に限界があることより、一期手術として左葉の部分切除 10 カ所（15 個）+ ALPPS を施行した。術後 11 日目に二期的肝切除：右葉切除+左葉部分切除 3 カ所（3 個）を施行した。病理学的検索では肝転移個数は右葉 38 個、左葉+尾状葉 18 個の計 56 個であった。二期的肝切除後 15 日目に自宅退院した。二期的肝切除後約 2 ヶ月で再評価、肝 S4 に 5mm 大の転移巣の遺残を認めたが直腸低位前方切除+リンパ節郭清+肝部分切除を施行し、R0 切除が可能であった。

【結語】神経内分泌腫瘍の肝転移は積極的外科切除の適応である。予測肝容積が過小となる両葉多発の肝転移症例においても ALPPS 手技を用いることにより、安全に R0 切除が可能となる症例もある。

当院における局所進行膀胱癌に対する 術前化学放射線療法の試み

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○杉田 光隆、平井 公也、中尾 詠一、前橋 学、藤原 大樹、
中山 裕龍、大山 倫男、柿添 学、中嶋 雅之、小野 秀高、
馬場 岳之、阿部 哲夫

当院では、局所進行膀胱癌の治療成績向上を目指して 2013 年より術前化学放射線療法（neoadjuvant chemoradiation therapy、以下 NACRT）を導入した。今回、その短期成績を報告する。適応は、術前画像上、門脈、膀胱神経叢、主幹動脈への浸潤が疑われ、根治切除可能と判断される膀胱癌症例である。GS 療法（GEM1000mg/m² day8, 15 投与+S-1 60mg/m² 2 週投与 1 週休薬）を 2 クール施行後、S-1（60mg/m² 2 週投与）+放射線療法（total 30Gy）を追加している。NACRT 後、病変を再評価し、SD 以上と効果判定された症例には根治手術を施行している。2013 年 1 月から 2015 年 5 月までに NACRT を施行した症例は 5 例であった。腫瘍の占拠部位は、頭部が 3 例、頭体部が 1 例、体部が 1 例であった。NACRT 適応となった因子は、門脈浸潤が 3 例、膀胱神経叢浸潤が 3 例、主幹動脈浸潤が 1 例（重複あり）であった。5 例中 1 例はコントロール不良な胆管炎を合併したため GS1 クール途中で中断し、根治手術を施行した。その他の症例は Grade2 好中球減少を認め薬の減量を行った以外、重篤な副作用なく NACRT を完遂できた。効果判定は完遂した 4 例中 1 例が PR、3 例が SD であった。施行術式は（拡大）膀胱十二指腸切除術が 4 例、腹腔動脈幹合併切除を伴う膀胱尾部切除術が 1 例であった。GS を中止して根治術を施行した 1 例が神経叢端陽性で R1 切除となったが、NACRT を完遂した他の 4 例は全例 R0 切除であった。重篤な術後合併症はなく、術後平均在院日数は 16.8 日であった。R0 例のうち 3 例に、肝転移再発を認め、1 例は術後 6 か月で癌死、2 例は現在化学療法施行中である。局所進行膀胱癌に対する NACRT は、比較的安全に施行可能であったが、術後成績はまだ満足できるものではなく、治療内容のさらなる検討が必要と思われる。

0-4-21

膀胱尾部欠損症に合併した非機能性膀胱神経内分泌腫瘍の 1 例 さいたま赤十字病院 外科

○佐藤 豊、吉留 博之、新村 兼康、西田 孝宏、文 陽起、
佐々木 滋、沖 彰、加藤 敬二、中村 純一

【緒言】膀胱尾部欠損症は稀な疾患であるが、今回、膀胱尾部欠損症に膀胱神経内分泌腫瘍（pNET）を合併した症例を経験したので報告する。

【症例】61 歳、男性。健診で肺野に異常陰影あり、精査の PET 検査にて膀胱部に異常集積を認め、pNET が疑われた。血液検査では血液生化学検査に異常所見を認めず、インスリン、グルカゴンなどいずれも正常範囲内であった。腹部 CT で膀胱部に径 20mm の腫瘍を認め、膀胱尾部は欠損していた。腹腔内リンパ節腫脹や肝転移を認めなかった。ERP では膀胱部での主尿管途絶を認めた。EUS では膀胱部に接し突出するような低エコー腫瘍を認め、FNA にて pNET（G1）が疑われ、手術的に当科紹介となった。

【結果】膀胱腫瘍摘出術および胆管摘出術を施行した。切除標本では 21×21mm 大の境界明瞭な灰白色調の腫瘍を認め、免疫染色ではシナプトフィジン陽性、クロモグラニン A 一部陽性、CD56 陽性、グリメリウス一部陽性、Ki-67 標識率 5-10% を示し、Neuroendocrine tumor（G2）と診断された。リンパ節転移は陰性であった。術後は Clavien-Dindo grade 1 の膀胱瘻を併発したが保存的に軽快し、第 10 病日に退院した。現在、術後 7 ヶ月を経過し再発を認めていない。

【考察】EUS-FNA により、MEN1 の合併を伴わない径 20mm 大の非機能性 pNET の術前診断を得た。自験例は膀胱尾部が欠損しており、膀胱頭部切除は膀胱全摘となり、術後の血糖管理や消化吸収障害といった QOL の低下を回避するため膀胱腫瘍摘出術が妥当であると考えた。

0-4-23

慢性骨髄性白血病に対する骨髄移植後に 異性性両側性多発乳癌に罹患した 1 例

名古屋第一赤十字病院 乳腺内分泌外科¹⁾、同 一般消化器外科²⁾

○後藤 康友¹⁾、湯浅 典博²⁾、竹内 英司²⁾、三宅 秀夫²⁾、
永井 英雅²⁾、吉岡 裕一郎²⁾、細井 敬泰²⁾、浅井 悠一²⁾、
南 貴之²⁾、加藤 哲朗²⁾、清水 大輔²⁾、加藤 翔子²⁾、前田 真吾²⁾、
毛利 康一²⁾、浅井 真理子²⁾、深田 浩志²⁾、宮田 完志²⁾

症例は 55 歳女性。38 歳時慢性骨髄性白血病に対し全身照射後に同種骨髄移植を施行された。急性期 GVHD なし。慢性期 GVHD として眼症状、皮膚症状あり、プレドニゾロン内服中であった。47 歳時右乳癌（T1cN0M0、Stage1）にて乳腺部分切除術、センチネルリンパ節生検を施行。組織診断は充実腺管癌。ER 陽性、PgR 陽性、HER2 陽性。術後 anastrozole を内服した。50 歳時左乳癌（T1bN0M0、Stage1）に対し、左乳腺部分切除術、センチネルリンパ節生検術を施行。組織診断は乳頭腺管癌。ER 陽性、PgR 陰性、HER2 陰性。さらに 54 歳時右残存乳房に癌が発生し、残存乳房切除術を施行された。組織結果は微小浸潤癌であった。ER 陽性、PgR 陰性、HER2 陽性。内分泌療法継続にて経過観察中である。

0-4-20

下部胆管癌として手術し胆管の adenomyomatosis の 診断を得た一例

足利赤十字病院 外科¹⁾、東京歯科大学 市川総合病院 外科²⁾、
足利赤十字病院 検査部³⁾

○松田 圭央¹⁾、瀧川 穰³⁾、藤崎 洋人¹⁾、藤崎 真人¹⁾、清水 和彦³⁾

症例は 69 歳男性。閉塞性黄疸を指摘され、精査加療目的で紹介となった。皮膚の黄染が軽度あり、腹部症状はなし、血液データでは総ビリルビン 3.19mg/dl であった。腹部 CT 所見は下部胆管壁の肥厚と造影効果を認め、連続する乳頭部に径 12mm の軟部結節影を認めた。内視鏡的逆行性胆管造影検査で下部胆管に 10mm 長の高度狭窄を認め、腫瘍性狭窄と診断し胆管ドレナージチューブを挿入した。胆管擦過細胞診 class III、胆汁細胞診 class III であり、癌の可能性を否定できず、また Vater 乳頭部結節からの生検は明らかな悪性所見を認めず、確定診断には至らなかった。PET-CT では明らかな FDG の集積は指摘されなかった。閉塞性黄疸を生じる胆管狭窄であり、下部胆管癌と診断した。良性腫瘍の可能性も否定できないが、患者、家族と相談の上、幽門輪温存膀胱十二指腸切除術を施行した。

切除標本の肉眼所見は、下部胆管に壁肥厚による狭窄を認めた。その肝側の胆管非狭窄部との境界は明瞭であった。狭窄部から Vater 乳頭部の長さは 15mm であった。

最終病理診断で悪性所見を得られず、胆管壁肥厚病変は Rokitansky-Aschoff sinus 様拡張を示す腺管が線維筋組織増生を伴う病変であり、上皮に異型を認めなかった。腺筋腫症との最終診断した。

胆管に発生する良性腫瘍、特に adenomyomatosis は極めて稀な疾患である。胆管壁肥厚と黄疸を生じる明らかな狭窄という所見をみて、術前に悪性でないとは断定することは極めて困難である。症例の蓄積による詳細な検討が必要である。

0-4-22

胆管癌、胆嚢癌が重複した膵・胆管合流異常の 1 症例 大分赤十字病院 外科

○白坂 美哲、福澤 謙吾、増田 崇、田川 哲三、寺師 貴啓、
岩城 堅太郎、岡本 正博、白水 章夫、本廣 昭、若杉 健三

膵・胆管合流異常には胆汁、膵液の逆流により胆道癌が併発することは周知の事実である。しかしながら胆嚢癌と胆管癌が重複する例は本邦でも 10 例程度の報告しかなく極めてまれである。今回我々は膵・胆管合流異常に胆管癌と胆嚢癌を重複した 1 症例を経験したので報告する。症例は 63 歳男性、胆道系酵素の上昇を指摘され精査したところ、腹部エコーにて上部胆管の拡張と下部胆管の狭窄および壁肥厚を認め、CT にて造影効果の有する不整な胆管壁の肥厚と胆嚢壁の肥厚を認めた。また胆道鏡にて中部胆管に隆起性病変を認め生検にて胆管癌と診断し、亜全胃温存膀胱十二指腸切除術を施行した。術中迅速病理検査にて胆嚢癌の併存も確認したため、肝切除を追加した。病理では胆管、胆嚢ともに Adenocarcinoma、Papillary-infiltrating type であり、連続性のないことから胆管癌と胆嚢癌の重複癌と診断した。術後肝切離断端に膿瘍形成があり、ドレナージ施行し軽快し、術後 50 日で退院となった。胆嚢癌と胆管癌の重複癌は非常にまれではあるが、膵・胆管合流異常においては発癌の発生病機学的に重複癌も念頭に置いて、術前、術中検査にて診断、対応すべきであると考えられた。